



福利申请书

您必须亲自递送、传真或邮寄完整的申请书到您所在地县办事处。

如果您在阅读或填写本文件中需要帮助，或需要与我们沟通，请咨询我们或致电 **(877) 423-4746**。我们提供的服务（包括口译员）全部免费。如果您是聋哑人士、听力障碍人士、聋盲人士或表达有困难，您可以拨打 **711** (乔治亚中继)通过上述电话号码与我们联系。

家庭及儿童服务部(DFCS)提供哪些服务?

家庭及儿童服务部提供如下服务:



食品援助

凭借粮食券(SNAP)，您可以在任何标有 EBT/Quest 标志的商店购买食品。我们将从您的粮食券(SNAP)账户中扣除您购买食品的金额。



现金援助/就业支援服务

贫困家庭临时援助计划(TANF)为有受供养子女的家庭提供有期限的现金援助。享用福利的家长或看护人员应要求需要参加某个工作计划。现金援助计划还向不符合贫困家庭临时救助资格的难民家庭提供经济援助。

- **祖父母抚养孙辈计划(GRG)**将提供必要的支持，使子女能够在祖父母家中得到照顾。



医疗救助

对于符合申请条件人而言，医疗补助计划可以帮助支付医药费、门诊费和医疗保险保费。

社区外展服务

欲了解更多公众服务部(DHS)提供的其他服务信息，请访问我网站 <http://dfcs.georgia.gov> 或拨打(877)423-4746。



我该如何申请福利?

步骤 1.填写申请表。

仔细阅读问题并提供准确信息。

签名
并填写申请日期。

步骤 2.将申请递交到当地的办事处。

需要撕下 1-2 页、17-20 页自己保留。



邮寄、传真、或携带申请书的 3-16 页到您当地的家庭和儿童服务部(DFCS)办公室。您可在以下网站找到当地办公室地址 <http://dfcs.georgia.gov/locations>。

如果您或您代理的申请人符合享受福利资格，我们将自收到您的姓名、地址和签名申请之日起提供粮食券(SNAP)福利。自申请被批准之日起，即提供贫困家庭临时救助福利。

常见问题

需要多长时间才能获得福利?

粮食券(SNAP):	30 日内
贫困家庭临时救助:	45 日内
医疗补助计划:	10—60 日

如果符合条件，您可能在七日内获得粮食券(SNAP)。参见第 6 页。

我可以得到多少福利金?

具体福利金额视您的收入、资源和家庭人数决定。一旦我们认可了您的资格，我们会为您提供具体信息。

我要如何做才能申请到福利?

对于粮食券(SNAP)而言，您将获得一张电子福利转账(EBT)卡来获取您的福利。对于贫困家庭临时救助而言，您将获得一张 EPPIC 万事达借记卡(EBT)来获取您的福利。对于医疗补助计划而言，每位符合条件的申请人都将获得一张医疗补助计划卡。

您可能需要提供以下资料:

- 如申请粮食券(SNAP)和/或 TANF，申请人须提供身份证明。身份证(ID)或驾照(DL)是可接受的验证方式。医疗援助申请人不需要提供身份证明。
- 每位福利申请人需提供美国公民身份/合格移民身份证明。如果您单纯申请紧急医疗服务(EMA)，则不需要提供您的社会保险号码(SSN)或您的移民身份信息。
- 每个请求援助者的社会保险号码。
- 收入证明，例如，工资单、子女抚养费、收入授予书。医疗援助申请人不需要提供子女抚养费支付证明。
- 支出证明，如儿童抚育收据、医药费、医疗运输费用、租金/按揭费用以及子女抚养费。医疗援助申请人无需提供此类信息。

我们将首先尝试通过电子数据来源验证公民身份/移民身份和收入信息。不需要提交纸质验证文件；但是，您可以在递交申请时一并提供有关文件。如果我们无法通过电子数据来源验证，而您需要帮助以获取该信息，请告知我们。



福利申请书

如果您正在申请粮食券(SNAP)、贫困家庭临时救助和/或医疗补助计划,您在申请中只填写您的姓名、地址和签名信息即可。但是,如果您能完整填写表格,可能会帮助我们更快地处理您的申请。您可以使用此表格提交多个项目的联合申请,或仅申请粮食券(SNAP)项目。您的粮食券申请不会仅仅因为您申请的其他项目被否绝而无法通过。我们将把您的粮食券申请作为独立申请进行审核。如果您在某个社会收容机构,同时申请粮食券(SNAP)和附加保障收入(SSI),申请的提交日期即您离开该收容机构的日期。

步骤 3.约谈。

您可能需要接受某工作人员安排的面试。如果属于该情况,我们会帮您预约。面试可通过电话完成。

我们如何使用申请人的个人信息?

您只需提供申请福利人的社会保险号码(SSN)和公民身份或移民身份。我们将使用这类信息来审核收入和资格认证系统(IEVS)。我们还会将您的信息与其他联邦、州和地方机构进行对比,以核实您的收入和申请资格、追踪工资信息和参与的工作活动。如果某个家庭成员不想向我们提供社会保险号码、公民身份或移民身份信息,其他家庭成员仍然有获得福利的机会。如果您单纯申请紧急医疗服务,则不需要提供您的社会保险号或您的移民身份信息。

可让别人代替我申请吗?

对于粮食券(SNAP)和医疗补助,您可以让别人帮助您申请。



福利申请书

(完成此申请并将其交至当地县的家庭及儿童服务部办公室。)

我在申请哪些项目？(请选择所有合适的选项)

粮食券(补充营养援助计划 (SNAP))

补充营养援助计划(SNAP)，以前被称为粮食券，是一项由联邦政府资助、每月向低收入家庭提供的一项福利，帮助他们支付食品费用。该项目还为家庭提供营养教育，以满足他们的食品和营养需求，并提供就业和培训机会，帮助家庭获得工作机会，以减少对 SNAP 的依赖。

贫困家庭临时救助(TANF)

贫困家庭临时救助提供每月临时性现金资助、一次性现金资助或其他支持服务，以帮助符合申请条件的有子女家庭。如果您是孩子的父母，或者是想要获得资助的看护人，我们将要求您加入一个工作计划。

祖父母抚养孙辈计划(GRG)

祖父母抚养孙辈计划(GRG)为家庭提供额外支持，使子女能够在祖父母家中得到照顾。**申请人必须先申请 TANF，才有资格申请 GRG。**

难民现金援助 (Refugee Cash Assistance)

难民现金援助项目向不符合贫困家庭临时救助资格的难民家庭提供经济援助。

难民一词包括难民、古巴/海地入境者、人口贩卖受害者、美亚混血儿、避难者、持有特殊移民签证(SIV)的阿富汗人或伊拉克人以及符合条件的阿富汗假释犯。

医疗补助计划

医疗补助计划为老年人、盲人或身患残疾的成年人、孕妇、儿童和家庭提供医疗保险。当您申请时，我们会查看所有的医疗补助计划，并确定您有资格参加哪些申请。

请填写下面的申请图表。

名字	中间名首字母	姓氏	后缀
街道地址 住址		公寓	
城市	州	邮政编码	
邮寄 地址 (如不同)			
主要电话号码		其它联系号码	
电子信息： 电子邮箱：是____ 或 否____ (选填) 短信：是____ 或 否____ (选填)		电子邮箱地址 (选填)：	
您的首选语言是？		如果需要面试，您是否需要一名口译员？是____ 或 否____	

《美国残障人士法》：请求合理的修改和沟通协助 (如适用)：

您是否身患残疾，并且有需要合理修改或沟通帮助的要求？是____ 否____ (如果选是，请描述您要求的合理修改或沟通帮助)：

手语口译员____；电传打字机____；大字印刷____；电子通信 (电子邮件)____；盲文____；视频中继____；线索语口译员____；口译员____；触觉型口译员____；电话提醒项目截止日期____；电话签名(如适用)____；面对面的会谈/(家访)____；其他：____ 您是否需要一次性还是持续的合理修改或沟通帮助？____ 如有可能，简要说明何时需要修改或帮助，需要多长时间？



福利申请书

所有粮食券(SNAP)、TANF 和 Medicaid 申请人:

本人声明,据我所知并相信,我所代理的福利申请人是美国公民或合法居住在美国的非公民,如说谎,自愿承受伪证处罚。本人进一步证明,就本人所知,本申请表所提供的信息都是真实无误的。本人理解并同意,公众服务部—家庭及儿童服务部和社区卫生部及授权的联邦机构可以核实本人在此申请表上提供的信息。信息可从过去或现在的雇主处取得。本人明白本人的信息将被用于核实工资信息和本人参与的工作活动。

本人将根据粮食券(SNAP)和/或贫困家庭临时救助计划的要求报告关于本人的相关变更情况。如果本人的家人中了博彩金,而且总金额为 4250 美元或以上(税前或扣除杂费前),本人也会报告。本人会在家人获得上述博彩金当月末算起的十日内报告。本人明白如果提供的信息不准确,本人的福利可能会减少或被否绝,本人可能会因故意提供虚假信息而受到刑事起诉或被公众服务部—家庭及儿童服务部取消申请资格。本人明白如果本人提供虚假资料或隐瞒信息,本人可能会被起诉。本人明白,如果本人未能在申请或续期过程中告知和/或未能核实本人的某些费用,公众服务部—家庭及儿童服务部在计算本人的粮食券(SNAP)福利金额时不会考虑这些费用。

乔治亚州公众服务部(“DHS”)会在您申请福利时收集个人身份信息(PII),包括姓名、地址、电话号码、电子邮箱地址和出生日期等。向我方提交任何个人信息,即表示您同意我们可根据公众服务部的政策、程序以及法律和/或法规允许或要求收集、使用和披露任何此类个人信息。

签名	日期
如于“X”日签署无误,证人签名	日期

授权代表:

只有当您委托他人或某组织帮助您填写申请,代您参加面试,和/或当您无法去商店时使用您的 EBT 卡代您购买食物时,才需填写该内容。请在每个项目类型中审核您想指定的授权代表。请审核您希望他人或组织承担哪些职责。如果您正在申请医疗补助计划,您可以选择一人以上或某个组织代表您。

- 授权代表 1 项目类型: 粮食券(SNAP) TANF 医疗救助
 授权代表 1 职责: 代表申请人签署申请书 完成并提交续期表格 接收通知和其他通信的副本
 代表申请人处理所有其他事务 领取 TANF 福利卡 (EPPIC)

姓名 1: _____

机构名称 1 (如适用): _____ 电话: _____

地址: _____ 公寓: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

电子信息: 电子邮箱: 是 ___ 否 ___ (选填) 短信: 是 ___ 否 ___ (选填)

电子邮箱地址 (选填) _____

首选语言: _____ 是否需要口译员? 是 ___ 或 否 ___



福利申请书

授权代表 2 项目类型: 粮食券(SNAP) TANF 医疗救助
 授权代表 2 职责: 代表申请人签署申请书 完成并提交续期表格 接收通知和其他通信的副本
 代表申请人处理所有其他事务 领取 TANF 福利卡 (EPPIC)

姓名 2: _____
 机构名称 2 (如适用): _____ 电话: _____
 地址: _____ 公寓: _____
 城市: _____ 州: _____ 邮编: _____
 电子信息: 电子邮箱: 是 ___ 否 ___ (选填) 短信: 是 ___ 否 ___ (选填)
 电子邮箱地址 (选填) _____
 首选语言: _____ 是否需要口译员? 是 ___ 或 否 ___

《美国残障人士法》: 请求合理的修改和沟通帮助授权代表 (如适用):

授权代表是否身患残疾, 是否有合理修改或沟通帮助的要求? 是 ___ 否 ___ (如果选是, 请描述您要求的合理修改或沟通帮助):

手语口译员 ___; 电传打字机 ___; 大字印刷 ___; 电子通信 (电子邮件) ___; 盲文 ___; 视频中继 ___; 线索语口译员 ___; 口译员 ___; 触觉型口译员 ___; 电话提醒项目截止日期 ___; 电话签名 (如适用) ___; 面对面的会谈/(家访) ___; 其他: _____

授权代表需要一次性 ___ 还是持续需要 ___ 合理修改或沟通帮助?

如有可能, 简要说明何时需要修改或帮助, 需要多长时间? _____

仅限办公室内使用: 接收日期: _____

快车道资格(ELE):

快车道资格是一项自动流程, 用于帮助领取营养补充援助计划(SNAP) 或贫困家庭临时救助 (TANF)的 19 岁以下符合条件的儿童登记或续期医疗援助计划。如果您的子女有资格获得 SNAP 或 TANF, 家庭和儿童服务部 (DFCS) 将使用 SNAP 或 TANF 提供的家庭人数、居住地址和收入信息, 但家庭和儿童服务部将根据医疗援助规则验证公民身份或移民身份, 由此做出快车道资格决定, 让您的子女参加或续期医疗补助计划或 PeachCare for Kids® 计划。如果您的子女符合 PeachCare for Kids® 资格, 他们可能需要缴纳额外费用。家庭和儿童服务部将为您发送决定通知, 允许您做出任何更改, 并允许您随时退出。

您是否同意家庭和儿童服务部使用您 SNAP 或 TANF 的信息来作出快车道资格决定, 为您的子女注册或续期医疗补助计划(Medicaid)或 PeachCare for Kids® 计划?

是 否



福利申请书

我有资格更快地获得粮食券吗?(此资料只适用于粮食券申请人)

回答这些关于申请人和所有家庭成员的问题，了解您是否能在 7 天内获得粮食券。

1. 您或您的任何家庭成员是否为移民或季节性农场工人? 是 否

如选**是**，请具体说明是谁 _____

2. 本月即将收到的**劳动总收入**: 美元 _____

雇主姓名 _____

开始工作日期 _____ 工作结束日期 _____

薪资 _____ 每周工作时间 _____

发放频率: 每周/每两周/每半月/每月 (圈出一项)

3. 本月即将收到的**非劳动总收入**: 美元 _____

非劳动收入类别 _____ 金额 _____

发放频率: 每周/每两周/每半月/每个月 (圈出一项)

非劳动收入类别 _____ 金额 _____

发放频率: 每周/每两周/每半月/每个月 (圈出一项)

4. 本月劳动收入和非劳动收入总额: 美元 _____

5. 您和您的家人一共有多少现金或银行存款? 美元 _____

6. 您每月需支付的租金、按揭、财产税和/或房主保险是多少? 美元 _____

7. 您本月需支付的电费、水费、天然气费和/或其它公用事业费的总额是多少? _____ 美元

(不包括逾期及滞纳金)

- a. 您家里的主要供暖或制冷源是什么? 标记所有合适选项

电力 _____ 煤气/天然气 _____ 窗式或中央空调 _____ 煤油 _____ 木材 _____

- b. 在过去 12 个月里，您是否得到过能源援助? 是 否 如选**是**，总额 _____ 美元 _____



福利申请书

请告诉我们有关申请人和所有家庭成员的情况

医疗救助申请人：包括您自己、您的配偶、与您同住的 21 岁以下的子女(包括继养子女)，您需要医疗保险的未婚伴侣，您在纳税申报表上包含的任何其他人，即使他们不与您同住，还包括 21 岁以下，需要您照顾的同住者。不包含不需要健康保险的未婚伴侣、您的未婚伴侣子女、与您同住但自己报税的父母（如您已年满 21 岁）或任何其他自己报税的成人亲戚。如果您单纯申请紧急医疗服务(EMA)，则不需要提供您的社会保险号（SSN）或您的移民身份信息。

请填写下方关于申请人和所有家庭成员信息的表格。以下是联邦法律法规：**2008 年 7 月《食品与营养法案》U.S.C. § 2011-2036, 7.C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, 和 42 C.F.R. § 435.920, 授权家庭和儿童服务部索取您和您的家庭成员的社会保险号码。**任何住在您家但没有申请福利的人都可能被视为非申请人。非申请人不必向我们提供社会保险号码、公民身份或移民身份等信息，也无资格享受福利。其他家庭成员如果符合申请条件，仍然可以获得福利。如果您想让我们审核您的任一家庭成员是否有资格享受福利，您仍然需要告知他们的公民身份或移民身份，并提供他们的社会保险号码(SSN)。您仍然需要告知**我们**他们的收入和资源，以确定家庭的申请资格和能享受的福利水平。如果他们未向我们提供公民身份或移民身份，我们不会向美国公民和移民服务局(USCIS)的外国人权利系统性核查(SAVE)系统报告任何非申请人的家庭成员。但是，如果在您的申请中已经提交了移民身份信息，该信息可能需要通过 SAVE 系统进行验证，并可能影响相关家庭的资格和福利水平。我们会将您的信息与其他联邦、州和地方机构进行比对，以核实您的收入和资格。这些信息也可能被提供给执法人员，用以抓捕在逃人员。如果您的家庭享有粮食券(SNAP)福利，该项信息包括社会保险号码，可能会被提供给联邦和州机构和私人福利认领机构，用于收集认领信息。我们不会因为其他家庭成员未能提供社会保险号码、公民身份或移民身份而剥夺申请福利的家庭成员资格。

姓名 名 中间名首字母 姓	关系	该人是在 申请福利 吗?	该人是否需 要健康保 险?	出生日期	格式(月/日/ 年)	性别	西班牙 裔或拉 丁裔?	种族代码 (选填)	您是美国公民, 美国国民, 合格 移民或拥有令人 满意的移民身份 吗? (仅限申请人填 写)
		(是/否)	(是/否)	格式(月/日/ 年)	(非申请人选 填)	(男/女)	(是/否)	(参 见下方 代码)	(是/否)
	仅我自己								
种族代码（选择所有合适项）： AI—美洲印第安人或阿拉斯加原住民 AS—亚裔 BL—黑人或美籍非裔 HP—夏威夷族或其他太平洋岛民 WH—白人 通过提供种族/民族信息，您将帮助我们以非歧视的方式管理我们的项目。您的家庭无需向我们提供这类信息，提供与否也不会影响您的资格或福利水平。									



福利申请书

如果您或其他家庭申请人不是美国公民或美国国民，请填写以下表格：
(请根据需要添加额外页面)

姓名 名 中间名首字母 姓	移民文档类型	外国人/证书/文件 ID 号码	您自 1996 年起就在美国居住吗? (是/否)	入籍日期/进入或获准进入美国的日期 (如适用) 格式 (月/日/年)	您或您的配偶或父母是美国军队的老兵或现役成员吗? (是/否)

请告诉我们更多有关申请人和其所有家庭成员的情况

我们需要更多关于申请人和其所有家庭成员的信息，以便决定谁有资格享受福利。请在下面页面中仅回答您希望获得的福利问题。

1. 有人在其他县或州获得过任何福利吗?(仅限申请粮食券(SNAP)和 TANF)

是 否

如选是:

是谁: _____

在哪里: _____

具体时间: _____

2. 是否有人在 1996 年 8 月 22 日之后，因提供有关住址及身份的虚假资料，以在多地获得多项粮食券福利而被定罪?(仅限申请粮食券(SNAP)) 是 否

如选是:

是谁: _____

在哪里: _____

具体时间: _____

3. 您家中是否有人在提交申请 30 天内自愿辞职或自愿将每周工作时间减少至 30 小时以下?(仅限申请粮食券(SNAP)和 TANF) 是 否

如选是: 谁辞了职? _____

辞职原因? _____

4. 有人怀孕了吗? (该问题不适合粮食券(SNAP)申请人回答) 是 否

如选是, 预产日期是什么时候? _____; 准备生几个孩子? ____

如选否, 在过去 12 个月内是否有人分娩或终止妊娠? 是 否

如选是, 分娩/终止妊娠的日期是? _____; 生了/准备生几个孩子? ____

孕妇姓名: _____ 未出世婴儿父亲姓名: _____

父亲地址: _____



福利申请书

5. 对于医疗补助申请人, 是否有人在过去 3 个月内有未付医药费? 是 否
如选是, 如果您正在申请医疗补助, 请发送未支付的账单。

6. 是否有人被取消粮食券(SNAP)或 TANF 计划的资格? (仅限申请粮食券(SNAP)和 TANF) 是 否

如选是:
是谁: _____
在哪里: _____

7. 是否有人为逃避重罪起诉或监禁而逃跑? (仅限申请粮食券(SNAP)和 TANF) 是 否

如选是, 具体指明是谁: _____

8. 是否有人违反缓刑或假释的条件? (仅限申请粮食券(SNAP)和 TANF) 是 否

如选是, 具体指明是谁: _____

9. 在 1996 年 8 月 22 日之后, 是否有人因为持有、使用或传播受管制药物的行为(即毒品重罪犯)而被判重罪(仅限申请粮食券(SNAP)和 TANF)或暴力重罪(仅限申请 TANF)? 是 否

如选是:
是谁: _____ 具体时间: _____

a. 您是否适用于因毒品重罪被判刑相关的缓刑条款? (仅限申请粮食券(SNAP)) 是 否

b. 您是否适用于因毒品重罪被判刑相关的假释条款? 您是否适用于因毒品重罪被判刑相关的假释条款?

c. 您是否服完了所有与毒品相关的缓刑或假释刑期? (仅限申请粮食券(SNAP)) 是 否

10. 在 1996 年 8 月 22 日以后, 您或您的任何家庭成员是否曾因使用粮食券福利换取毒品而被定罪?
(仅限申请粮食券(SNAP)) 是 否

如选是:
是谁: _____ 具体时间: _____

11. 在 1996 年 8 月 22 日以后, 您或您的任何家庭成员是否曾因购买或出售粮食券福利且获利超过 500 美元被定罪?(仅限申请粮食券(SNAP)) 是 否

如选是:
是谁: _____
具体时间: _____

12. 在 1996 年 8 月 22 日以后, 您或您的任何家庭成员是否曾因使用粮食券福利换取枪支、弹药或爆炸物而被定罪?((仅限申请粮食券(SNAP)) 是 否

如选是:
是谁: _____
具体时间: _____



福利申请书

13. 在 2014 年 2 月 7 日之后, 作为已成年人的您或您的家人是否曾因严重性虐待、谋杀、性剥削和其他虐待儿童行为被判有重罪; 犯有违反联邦或州法律的性侵犯罪行; 或根据州法律被州检察长认定犯有与此类罪行大体相似的罪行?
(仅限申请粮食券(SNAP)) 是 否

如选是:

是谁: _____

具体时间: _____

a. 您是否适用于因犯有重罪被判刑相关的缓刑条款? (仅限申请粮食券(SNAP)) 是 否

b. 您是否适用于因犯有重罪被判刑相关的假释条款? (仅限申请粮食券(SNAP)) 是 否

c. 您是否服完了**所有**与任何重罪相关的**缓刑或假释刑期**? (仅限申请粮食券(SNAP)) 是 否

14. 您或您的家庭成员是否获得过博彩奖金? 是 否

如选是:

是谁: _____ 具体时间: _____ 金额: _____

15. 是否有人在以下场所、酒类商店、赌场、扑克室、成人娱乐场所、bail bonds 酒店、夜总会、沙龙/酒馆、宾果游戏厅、赛马场、枪支/弹药商店、游轮、通灵者工作室、烟草商店、纹身/身体穿孔店和水疗/按摩沙龙使用过 TANF 福利或 EPPIC 卡?
(仅限申请 TANF) 是 否

如选是:

是谁: _____ 具体时间: _____

16. 有无申请福利者目前在领取抚养费? 是 否

如选是:

是谁: _____

每月金额: _____

抚养费协议敲定或最后修改日期: _____

请告诉我们申请人和所有家庭成员的收入

您或住在您家中的任何人是否得到过任何类型的收入, 例如:工资、小费、奖金、自主创业金、社会保障金/铁路退休金、其他残疾补贴、养老金、失业救济金或任何其它收入? 粮食券(SNAP)和 TANF 申请者, 请同时提供以下收入: 退伍军人事务部收入、子女抚养费、来自他人的资助金或工人补偿金。如选是, 请完成下面的表格。

家庭成员姓名及收入	收入类型	雇员姓名/收入来源	每月金额(扣除前)	领取频率(每月、每两周、每周)	时薪	周薪	支付日期

如为个体经营, 请列出每月业务开支金额: _____ 美元



福利申请书

请告诉我们申请人和其所有家庭成员资源的信息—对于 TANF 申请人，请列出所有家庭成员和老年人（65 岁或以上）、失明或残疾人（丧失劳动能力的永久性损伤）的 Medicaid 申请人的所有资源

您或您的代理申请对象有任何资源吗？ 是 否

如选是，请填写以下信息(核实您、您的配偶、您的抚养对象或与他人共同拥有的所有资源(资产)。如有需要，请附上额外页信息)。

- | | | | |
|-----------|---|------------------|---|
| 支票帐户 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 葬礼计划/预付埋葬费用 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 储蓄帐户 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 墓地或合同 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 政府债券 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 股票及债券 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 信托基金 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 其它(个人退休金帐户、存款单等) | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 不动产/祖籍财产? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | |

您或您的配偶是否以低于其价值的价格转让过任何资产？ 是 否

如有任何问题是，请在下面具体说明。

拥有资源的家庭成员姓名	资源类型	账户/保单号码	数额	银行名称、保险公司名称等。

您或您的配偶有车吗？ 是 否

如选是，请在下面具体说明。

家庭成员谁拥有车辆	车辆制造商	型号	年份	名下数量

您或您的配偶购买了人寿保险吗？ 是 否

如选是，请填写以下信息。

投保人	保险公司	保单号码	票面价值	现金价值

请告诉我们申请人和所有家庭成员的开支（Medicaid 申请人选填）

您需要为一位受供养子女或一位成年残疾家庭成员支付费用吗？ 是 否

如选是，请完成下面的表格。

需要照看者	支付照看费用者	照看原因	照看人姓名/号码	支付给照看人的金额	支付频率



福利申请书

您需要为一位受供养子女或成年残疾家庭成员支付交通费用吗？ 是 否

这些费用包括在抚养费中吗？ 是 否

如选否，请回答这一问题：每周总行驶里程：_____

家里有人要向不同住者支付子女抚养费吗？ 是 否

如选是，请完成下面的表格。

有义务支付的家庭成员	收取抚养费的子女姓名	应支付金额	实际支付金额	子女抚养费支付给谁？

请告诉我们更多有关申请人和其所有家庭成员的开支 (Medicaid 申请人选填)

是否有 60 岁及以上老年人或残疾人有医疗费用开支？ 是 否

如选是，请完成下面的表格。

有医疗费用开支的家庭成员	费用类型(问诊、住院、处方药、医疗保险或健康保险、配眼镜)	所欠金额	还在亏欠？是/否	支付日期	保险公司代为支付吗？是/否

是否有 60 岁及以上老年人或残疾人因医疗产生交通费用？ 是 否

如选是，请完成下面的表格。

出行目的	总行驶里程:	出租车、公共汽车、停车费用或住宿费

您或任何家庭成员有住房和水电费用吗？ 是 否

如选是，请完成下面的表格。

费用	金额	支付频率？	支付人？
租金/房贷			
财产税			
财产保险			
电费			
天然气			
卫生费			
电话费			
其他杂费			



福利申请书

您每月会和家人分摊家庭开支吗？ 是 否

如选是，请具体说明是谁 _____

说明/凭证 _____

支付对象 _____ 支付金额 美元 _____ 每 _____

房东姓名 _____

房东地址: _____

有其他人为您支付这类家庭账单吗？ 是 否 如选是，请完成下面的表格:

账单支付人是？	支付了哪些账单？
支付金额为？	该人为谁支付了这些账单？

如申请 Medicaid，请填写以下信息。

纳税人信息

1. 家里有人打算明年提交联邦所得税申报表吗？ 是 否

如选是，具体提交人是？(列出每个计划提交人) _____

2. 列出的报税人是否有配偶一同报税？ 是 否 如选是，请列出配偶姓名:

3. 纳税申报人会在纳税申报单上申报任何受抚养人吗？ 是 否 如选是，请列出受抚养人姓名

4. 有人会出现在其他人的纳税申报单受抚养人名单中吗？ 是 否 如选是，请列出报税人及受抚养人的姓名:

(报税人) _____

(受抚养人) _____

受抚养人与纳税申报人的关系是？ _____

扣除项: 标记所有合适的选项，标明金额和支付频率。

支付的抚养费 _____ 美元 支付频率？ _____ 学生贷款利息 _____ 美元 支付频率？ _____

健康保险金、401K 退休福利计划和其他税前扣除费用 _____ 美元 支付频率？ _____

其它扣除额 _____ 美元 支付频率？ _____ 类别: _____

其他健康保险

1. 是否有人办理的其它医疗保险惠及您的家庭成员？ 是 否

如对上述问题 4 的答案选是，请填写以下信息及附件 A:

投保人姓名	健康保险公司名称、地址和电话号码	保险类型(医院、补充医疗保险、药品、重病医疗保险)	受惠人姓名	有效日期	保单号码

2. 这份申请表上列出的人员中是否有工作单位代交健康保险？即使您是其他人如父母一方或配偶工作单位办理保险受惠人，同样选是。

是 否 如选是，请填写附件 A。

这属于州雇员福利计划吗？ 是 否



福利申请书

3. 您或此申请表上列出的任何人在过去两个月内是否失去了健康保险？

a. 是 如**选是**, 失去原因是? _____

b. 否

4. 有 18 岁的寄养人申请医疗补助吗? 是 否

5. 您家里有人是美国人或阿拉斯加原住民吗? 是 否

如**选是**, 请完成附件 B

如果有老年人(65 岁及以上)、盲人或残疾人(无劳动能力的永久性残疾), 请回答下面的问题。(选填)

1. 有申请医疗保险的人是盲人或残疾人吗?

是 否 如**选是**, 请填写姓名 _____

2. 您或您的配偶目前是否购有医疗保险?

是 否 如**选是**, 请填写姓名 _____

3. 在申请附加保障收入(SSi)之前的三个月, 您是否申请医疗补助用于支付拖欠的医疗账单?

如**选是**, 申请附加保障收入的日期为: _____

4. 是否有您为之作代理的申请人现已去世, 并且在过去三(3)个月内有未付清的医疗费用?

是 否

5. 您是否为帮助支付某位居住于养老院的人的护理费用而申请医疗补助计划?

是 否

6. 您是否正在为某位已年满 18 岁、其附加保障收入审核已停止的成人申请医疗补助?

是 否

7. 您是否正在申请医疗补助计划以帮助支付基于社区的豁免服务, 例如社区护理服务、NOW/COMP、临终关怀、独立护理豁免或 Deeming 豁免(凯蒂·贝克特豁免)?

是 否



福利申请书

粮食券(SNAP)项目处罚规定

您可能会因故意提供虚假信息而失去该项福利或受到刑事起诉。

- 请勿提供虚假信息或隐瞒信息，以获取您的家庭本不应该享有的福利。
- 请勿使用他人的粮食券或 EBT 卡，也不得借用给他人使用。
- 请勿使用粮食券(SNAP)福利金用于购买酒类、烟类等非食品商品或使用信用卡支付。
- 请勿交易或出售粮食券(SNAP)或 EBT 卡，以换取枪支、弹药或受管制物质(非法毒品)等非法物品。

任何故意违反粮食券(SNAP)规定的家庭成员可能面临从被剥夺 1 年至被永久剥夺申请粮食券(SNAP)的权利，并被处以最高可达 25 万美元的罚款，最高可达 20 年的监禁，或两者并处。违反者还可能面临其他适用的联邦和州法律的起诉。根据法院下令，违反者还可能被额外剥夺 18 个月申请粮食券(SNAP)的权利。

任何故意违反规定的家庭成员，初次违反可能在一年以内无法得到粮食券(SNAP)福利，第二次违反可能在两年之内无法得到福利，第三次违反则可能终身被剥夺该福利资格。

如果法院发现您或任何家庭成员在涉及管制物质销售交易中使用或接受粮食券(SNAP)福利，初犯者将在两年内失去福利申请资格，再次违反将被永久剥夺福利申请资格。

如果法院发现您或任何家庭成员在涉及枪支、弹药或爆炸物销售交易中使用或收受粮食券福利，您或该家庭成员将在首次违反该规定后被永久剥夺申请粮食券(SNAP)福利的资格。

如果法院发现您或任何家庭成员非法交易粮食券福利得利达到或超过 500 美元，您或该家庭成员将在首次违反该规定后被永久剥夺申请粮食券(SNAP)福利的资格。

如果您或任何家庭成员被发现为了同时享有多项粮食券(SNAP)福利而对其身份(他们是谁)或居住地(他们住在哪里)作出欺骗性陈述，您或该家庭成员将被剥夺 10 年申请粮食券(SNAP)福利的资格。

TANF 项目处罚规定

在 TANF 计划中，IPV(故意违反程序)是指为了获得或继续享有援助单位(AU's)提供的福利资格，或者为增加上述福利的金额或为防止福利水平降低，恶意提供虚假或误导性信息或隐瞒信息的个人行为。

- 任何隐瞒信息、不及时报告变更或说谎的家庭成员：首次违反将被剥夺 6 个月的 TANF 福利；再次违反被剥夺 12 个月福利；第三次违反将永久失去 TANF 福利资格。严格禁止滥用现金援助基金或 TANF 借记卡在赌场、酒类商店、成人娱乐场所“脱衣舞俱乐部”、扑克室、bail bonds 酒店、夜总会/沙龙/酒馆、宾果游戏厅、赛马场、赌博场所、枪支/弹药商店、游轮、通灵者工作室、烟草商店、纹身/身体穿孔店及水疗/按摩沙龙提取现金或交易。首次违反将被剥夺 6 个月 TANF 福利；再次违反将被剥夺 12 个月福利；第三次违反将永久失去 TANF 福利资格。
- 如果法院发现您或任何家庭成员因隐瞒信息、或您没有及时报告变更或说谎并被定罪，首次违反将被剥夺 6 个月 TANF 福利；再次违反将被剥夺 12 个月福利；第三次违反将永久失去 TANF 福利资格。
- 如果法院发现您或任何家庭成员为同时获得多个州的福利而提供关于居住地的虚假信息，将被剥夺 10 年福利资格。
- 如果在 1997 年 1 月 1 日及之后，法院判定您得到过有关毒品、受管制物质或严重暴力重罪指控，您或您的家庭成员将没有资格和/或被永久剥夺福利资格。



福利申请书

所有粮食券(SNAP)、TANF 和 Medicaid 申请人:

本人声明,据我所知并相信,我所代理的福利申请人是美国公民或合法居住在美国的非公民,如说谎,自愿承受伪证处罚。本人进一步证明,就本人所知,本申请表所提供的信息都是真实无误的。本人理解并同意,公众服务部—家庭及儿童服务部和社区卫生部及授权的联邦机构可以核实本人在此申请表上提供的信息。信息可从过去或现在的雇主处取得。本人明白本人的信息将被用于核实工资信息和本人参与的工作活动。

本人将根据粮食券(SNAP)和/或贫困家庭临时救助计划的要求报告关于本人的相关变更情况。如果本人的家人中了博彩金,而且总金额为 4250 美元或以上(税前或扣除杂费前),本人也会报告。本人将在家中收到博彩金当月月底起十日之内报告。本人明白如果提供的信息不准确,本人的福利可能会减少或被否绝,本人可能会因故意提供虚假信息而受到刑事起诉或被公众服务部—家庭及儿童服务部取消申请资格。本人明白如果本人提供虚假资料或隐瞒信息,本人可能会被起诉。本人明白,如果本人未能在申请或续期过程中告知本人的某些费用支出,公众服务部—家庭及儿童服务部在计算本人的粮食券(SNAP)福利金额时不会考虑这些费用。

乔治亚州公众服务部(“DHS”)会在您申请福利时收集个人身份信息(PII),包括姓名、地址、电话号码、电子邮件地址和出生日期等。向我方提交任何个人信息,即表示您同意我们可根据公众服务部的政策、程序以及法律和/或法规允许或要求收集、使用和披露任何此类个人信息。

申请人 签名

日期

授权代表签名

日期

选民登记资料

如果您在现居地还没有登记投票,您愿意今天在这里申请登记投票吗?

_____是

_____否

_____我不想回答选民登记的问题

申请登记或拒绝登记投票都不会影响本机构为您提供的援助金额。

如果您愿意帮助填写选民登记申请表,我们会帮助您。是否寻求或接受帮助由您决定。您可以私下填写该申请表。

如果您认为有人干涉您登记或拒绝登记投票的权利、您在决定是否登记或申请登记投票时的隐私权、或您选择自己的政党或其他政治倾向的权利,您可通过以下地址向州政府秘书长提出投诉:

2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 或 拨打 (404) 656-2871。

如果您没有勾选这两个选项中的任意一项,默认您本次决定不登记投票。

乔治亚州选民登记申请的副本附在 DFCS 申请、续期和地址更改表格中。也可以向您的社工索要选民登记表。如果您已填写了选民登记申请,请按照选民登记申请表上的说明将其提交至格鲁吉亚州务卿办公室。



福利申请书

(保留这些文件以供参考)

这份申请中使用的一些术语是什么意思？

该图表解释了我们在申请中使用的术语。

申请人	指申请接受公共援助或福利的个人。
援助单位 (AU)	援助单位包括共同居住并领取公共援助/福利的符合资格的个人。
看护人	有子女需要照顾、申请并接受 TANF 福利的父母、亲属或法定监护人。
失去资格	因个人通过说谎获得了本不应该得到的福利而被剥夺粮食券(SNAP)或 TANF 福利的行为。
电子福利转账(EBT)	乔治亚州用于向有资格领取粮食券(SNAP)的个人支付福利的制度。向接受援助的个人发放一张 EBT 借记卡，用于访问他们的粮食券(SNAP)账户。
电子信息	<p>您可以选择您通知信息的接收方式。如果您选择接收电子邮件或文本通知，您将收到一条消息，通知您在 GA 网关客户门户网站“我的通知”中有一个通知。</p> <p>如选择电子邮件信息，您必须在创建帐户后提供您的电子邮箱地址，并接受 GA 网关客户门户网站无纸化通知的条款和条件。请访问 GA 网关客户门户网站 www.gateway.ga.gov 更新您的通知设置。</p> <p>如欲使用文字通讯，请提供您的电话号码。</p> <p>可能适用 标准消息和传输速率。具体可能因运营商不同而有所差别，请与您的供应商联系。</p>
EPPICard 万事达借记卡 (EPPICard debit MasterCard)	乔治亚州已经为 TANF 领取者提供了一种便利的“电子”支付选项，称为 eppicard 万事达借记卡。在该支付选项下，福利金会在每月的第一个日历日存入领取人的账户。如果第一个工作日是周末或假日，则福利金将在前一个月的最后一个工作日发放。由于资金是通过电子方式加载到借记卡上的，领取者可以立即使用其福利金。
受让人亲属	以父母、亲属或法定监护人的名义代表子女申请和领取 TANF 福利。
总收入	扣除税款或扣除其他杂费前的个人账户总收入。
家庭成员	在您家居住的个人。对于粮食券(SNAP)来说，是一起居住、一起购买和准备食物的个人。
收入	比如工资、薪金、佣金、奖金、工人补偿金、残疾金、养老金、退休福利、利息、子女抚养费或任何其他形式的收入。
2012 年《中产阶级税收减免法案》	该法案禁止使用现金援助基金或 TANF 借记卡在赌场、酒类商店、成人娱乐设施场所、扑克室、bail bonds 酒店、夜总会/沙龙/酒馆、宾果游戏厅、赛马场、游戏场所、枪支/弹药商店、游轮、通灵者工作室、烟草商店、纹身/身体穿孔店和水疗/按摩沙龙提取现金或进行交易。在这类交易中使用现金援助资金或 TANF 借记卡即被视为领取人故意违反程序(欺诈)。
移徙农业工人 (Migrant Farm Workers)	指季节性农场工人，辗转工作于不同农场或寻找农场工作的个人。
非申请人	没有申请或接受公共援助/福利的个人。 非申请人不需要提供社会保险号码、公民身份或移民身份。



福利申请书

<p>合格的外国人/移民</p>	<p>合格的外国人/移民是合法居住在美国的个人，属于以下类别之一：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 《移民和国籍法案》(INA)合法获得永久居住权(LPR)的人； • 1988《外商经营，出口融资和相关项目拨款法案》第 584 条美亚混血儿移民条例； • 《移民和国籍法案》第 208 条获得庇护的人； • 《移民和国籍法案》第 207 条获准入境的难民； • 《移民和国籍法案》第 212 (d)(5)条被假释的难民或避难者； • 根据 1997 年 4 月 1 日前生效的《移民和国籍法案》第 243(h) 条或修订的《移民和国籍法案》第 241(b)(3)条被扣留驱逐出境的人； • 1980 年 4 月 1 日前生效的《移民和国籍法案》第 203(A)(7)条获有条件入境的人； • 1980 年《难民教育援助法案》第 501(e)条所界定的古巴或海地移民； • 2000 年《人口贩运受害者保护法》第 107(b)(1)条规定的人口贩运受害者； • 符合 1996 年修订的《个人责任和工作机会和解法案》第 431 (c)条规定的受虐待移民； • 根据《移民和国籍法案》第 101(a)(27)条获得特殊移民身份的阿富汗或伊拉克移民(须符合特定条件)； • 根据《印第安人自决和教育援助法案》第 289 条在加拿大出生、在美国居住的美国印第安人或根据《印第安人自决和教育援助法案》第 4(e)条获得联邦承认的印第安部落的非公民以及； • 在越南战争时期(1964 年 8 月 5 日— 1975 年 5 月 7 日)，通过参加军事或救援行动向美国人员提供帮助的赫蒙族或老挝高地部落成员。 <p>仅就医疗援助申请人而言，属于《自由联合协定》(COFA) 中指明的密克罗尼西亚联邦、马绍尔群岛共和国和帕劳共和国公民。《自由联合协定》移民不受 5 年门槛限制。</p>
<p>资源</p>	<p>现金、财产或资产，如银行账户、车辆、股票、债券和人寿保险。</p>
<p>周期性农工</p>	<p>在一年中的特定时间从事种植、采摘或包装生产的劳动者。当农场需要更多人手完成一项工作时，他们就会被临时雇用。</p>
<p>粮食券(SNAP)计划中的非法交易</p>	<p>非法交易粮食券福利指：(1)通过 EBT 卡、卡号和 PIN 号或手工凭证和签名，以直接、间接、与他人共谋或单独行动的方式购买、出售、偷窃或以其他方式换取和获取已发放的 SNAP 福利，以换取现金或规定食品以外的物品；(2)换取枪支、弹药、爆炸物或受管制物品；(3)购买 SNAP 福利许可的装有容器产品时，需要退还容器才能返还押金，以故意丢弃产品并返还容器的方式以获得押金；(4)购买具有 SNAP 福利许可的产品，目的是通过转售产品获得现金或合规食品以外的物品，随后故意转售购买的 SNAP 福利许可产品以换取合规食品以外的现金或物品；(5)故意购买原本用营养补充计划福利购买的产品，以换取现金或物品，而不是合规食品；(6)以直接、间接、与他人共谋或单独行动的方式试图购买、出售、偷窃发放和领取的 SNAP 福利或以其他方式影响电子福利转账(EBT)、卡号和个人识别号码(pin)，或通过手工凭证和签名形式干扰 SNAP 福利正常交易以获得现金或合规食品以外的物品。</p>

所有医疗补助计划申请者：

欲报告医疗补助计划福利享受者或提供者的可疑欺诈行为，请拨打乔治亚州社区卫生局监察长办公室热线：(本地)(404)463-7590 或(免费电话)(800)533-0686; 发送电子邮件至 ogianonymous@dch.ga.gov;或邮寄至社区卫生局监察长办公室 PI 区, 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303; 或访问 <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>。

美国残疾人法案/第 504 条权利公告

为残疾人士提供帮助

根据联邦法律，佐治亚州公众服务部和佐治亚州社区卫生局（以下称“部门”）必须为残疾人提供平等的机会，使他们有机会并有资格参加这些部门提供的项目、服务或活动。其中包括 SNAP、TANF 和医疗援助等计划。

为避免对残疾造成歧视，必要时，部门会进行合理修改。例如，我们可以变更政策、实践或程序提供平等机会。为确保同样有效的沟通，我们为残疾人士或他们的残疾同伴提供沟通帮助，例如提供手语译员。我们的帮助是免费的。如部门作出的任何修改会导致服务、项目或活动的性质发生根本改变，或造成不必要的财政和行政负担，则不提倡。

如何提出合理的修改要求或沟通帮助

如果您身患残疾，需要合理的修改、沟通帮助或额外帮助，请与您的社工联系。例如，如果您需要帮助或服务以进行有效沟通，比如需要手语译员，请拨打电话联系。您可以联系您的社工或致电儿童抚养服务部(877)423-4746 或社区卫生部门的 Katie Beckett(KB)团队(678)248-7449 提出您的要求。您还可以填写儿童抚养服务部权利公告合理修改申请表格,该表格可从您当地的儿童抚养服务部索要或在线填写 <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> 或者向 KB 团队索要权利公告合理修改申请表格或在线填写 <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>，此情况下您无需再使用表单。

如何投诉

如果有关部门因您身患残疾而歧视您，您有权提出投诉。例如，如果您要求合理的修改要求或手语口译员帮助，但在合理的时间被拒绝或没有采取行动，您可以提出歧视投诉。您可以联系您的个案社工、您当地的儿童抚养服务部办公室或儿童抚养服务部民权、美国残疾人法案/第 504 条权利公告协调员提出口头或书面投诉，地址：2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303，电话：(877) 423-4746。社区卫生部门，请通过以下地址联系 KB 团队美国残疾人法案/第 504 条权利公告协调员：2211 Beaver Run Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071，或 PO Box 172, Norcross, GA 30091，(678) 248-7449。社区卫生部门电子邮箱：dch.adarequests@dch.ga.gov。

您可以向您的个案工作者索要一份美国残疾人法案/第 504 条权利公告儿童抚养服务部民事权利投诉表。投诉表可通过以下网站获得 <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>。如果您在投诉歧视事件时需要帮助，您可以联系上述儿童抚养服务部的工作人员。耳聋、听力困难或有语言障碍的个人可以拨打 711 热线，请求接线员帮助我们联系。社区卫生部门人权投诉处电子邮箱：dch.civilrights@dch.ga.gov。社区卫生部门人权投诉流程及投诉表格链接 <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>。

您也可以向合适的联邦机构提出歧视投诉。美国农业部(USDA)和美国卫生与公众服务部(HHS)的联系信息包含在《不歧视声明》中。

**1973 年《康复法案》第 504 条;1990 年《美国残疾人法案》;2008 年《美国残疾人法案修正案》确保残疾人不受非法歧视。*

根据社区卫生部(DCH)政策，医疗援助项目不能因种族、年龄、性别、残疾状况、国籍或宗教信仰而否绝您的资格或福利。

请勿向美国农业部或美国卫生与公众服务部发送申请

非歧视原则声明

根据联邦民权法和美国农业部 (USDA) 民权法规和政策规定, 美国农业部、其所属机构、办公室和雇员, 以及参与或管理美国农业部计划的机构不得因种族、肤色、国籍、性别 (包括性别认同和性取向)、宗教信仰、残疾状况、年龄、政治信仰产生歧视, 或对曾参加过美国农业部开展或资助的任何计划或活动中的民权活动人士进行打击报复。根据联邦民权法和 HHS 法规, 从美国卫生与公众服务部 (HHS) 获得联邦财政援助的计划, 例如贫困家庭临时援助 (TANF) 以及 HHS 直接运营的计划也被禁止歧视。

残疾人士如需要其他替代交流方式获取项目信息 (如盲文、大字印刷、录音带、美国手语), 应与申请福利的机构 (州或地方) 联系。耳聋、重听或有语言障碍的个人可通过联邦中继服务热线 (800) 877-8339 与美国农业部取得联系此外, 项目信息可能以英语以外的语言提供。

涉及美国农业部项目的民权投诉

美国农业部为许多粮食安全和减少饥饿项目提供联邦财政援助, 如营养补充援助计划 (SNAP)、印第安保护区粮食分配计划 (FDPIR) 等。

若要提交有关项目歧视的投诉, 请通过以下链接填写项目歧视投诉表格 (AD-3027)

https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, 或写信给美国农业部, 并在信中附上表格中要求提交的所有信息。如欲索取投诉表格副本, 请致电 (866) 632-9992。将填写好的表格或信件通过以下链接提交给美国农业部:

1. **邮寄地址:** 美国农业部食品和营养服务署
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; or
2. **传真:** 833) 256-1665 或者 (202) 690-7442; 或
3. **电话:** (833) 620-1071; 或
4. **电子邮箱:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov。

欲了解 SNAP 问题的任何其他信息, 请联系美国农业部美国营养补充援助计划, 热线: (800) 221-5689 (同时提供西班牙语服务), 或拨打 [州信息/热线电话号码](#) (单击此链接可查看不同州的热线电话表单); 在线索取: [SNAP 热线](#)。

涉及卫生和公众服务部项目的民权投诉

卫生与公众服务部为许多增进健康和福祉的项目提供联邦财政援助, 包括贫困家庭临时救助、启智计划、低收入家庭能源援助计划 (LIHEAP) 等。如果您认为在卫生与公众服务部直接运营或提供联邦财政援助的项目或活动中, 您因种族、肤色、国籍、残疾、年龄、性别 (包括怀孕、性取向和性别认同) 或宗教信仰而遭受歧视, 您可以代表自己或他人向民权办公室 (OCR) 提出投诉。

要为自己或他人就通过卫生与公众服务部接受联邦财政援助的项目提出歧视投诉, 请通过民权办公室的投诉门户网站在线填写表格 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> 您也可以通过邮寄方式联系民权办公室: 美国卫生与公众服务部集中安全管理运营处

(Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services,) 卫生与公众服务部, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; 传真: (202) 619-3818; 或电子邮箱: OCRmail@hhs.gov。

为了更快地处理投诉, 我们建议您通过民权办公室的门户网站而不是通过邮寄方式提交投诉。需要协助的民事权利投诉者可以给民权办公室发送电子邮件至 OCRMail@hhs.gov 或拨打民权办公室免费热线: 1-800-368-1019, 文本电话: 1-800-537-7697。如有耳聋、听觉困难或表达困难的人士, 请致电 7-1-1 使用电讯转接服务。我们还免费提供其他替代投诉格式 (例如盲文及大字印刷)、辅助工具及语言协助服务。

该机构提供平等机会。

在美国公众服务部 (DHS) 的协助下, 您还可以联系您的个案社工、您当地的儿童抚养服务部办公室或儿童抚养服务部民权处、美国残疾人法案/第 504 条权利公告协调员提出口头或书面投诉, 地址: 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746。因英语能力有限而受到歧视, 欲投诉, 请联系公众服务部英语能力有限和感觉障碍项目, 地址: 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, 或拨打 (877) 423-4746。

请勿向美国农业部或美国卫生与公众服务部发送申请